

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 423

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean STÉPANOFF

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Morschansk (Russie), le 27 juin 1883

FAUT-IL SUTURER LES INCISIONS

DU BASSINET ET DE L'URÈTÈRE

Président : E. QUÉNU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE POLYLOTTE A. REIFF. — HEYMANN

3, RUE DU FOUR, 3

1911

FAUT-IL SUTURER LES INCISIONS

DU BASSINET ET DE L'URÉTÈRE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

423

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean STÉPANOFF

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Morschansk (Russie), le 27 juin 1883

FAUT-IL SUTURER LES INCISIONS

DU BASSINET ET DE L'URÈTÈRE



Président : E. QUÉNU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE POLYLOTTE A. REIFF. — HEYMANN

3, RUE DU FOUR, 3

1911

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN.....		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.....		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....		ACHARD
Pathologie médicale.....		WIDAL
Pathologie chirurgicale.....		N.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN
Thérapeutique.....		POUCHET
Hygiène.....		MARFAN
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.....		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....		DEJERINE
		DELBET
Clinique chirurgicale.....		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.....		PINARD
		RIEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	RATHERY
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LEQUEUX	RETTETTER
BRANCA	GOUGEROT	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GREGOIRE	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (André)	GUENIOT	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	GUILLAIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JEANNIN	MULON	SICARD
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LABBE (MARCEL)	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LANGLOIS	OKNCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LECENE	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. QUÉNU

respectueux hommage



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé de la Faculté
1906-1907
Externat 1911

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin des Hôpitaux
1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

1908

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé de la Faculté
1908

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

1909

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

Chirurgien des Hôpitaux
Externat 1909

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

1909

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

Externat 1910

MONSIEUR LE DOCTEUR THIEBIERGE

Médecin des Hôpitaux
Externat 1911

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter la Faculté, les Hôpitaux et la France, il est de notre devoir d'exprimer toute notre reconnaissance aux Maîtres qui ont dirigé nos études. Parmi eux, nous tenons à témoigner plus particulièrement nos sentiments de vive gratitude à M. le D^r Marion, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Dès notre première année, nous fûmes son élève à l'Hôtel-Dieu, et, finissant nos études comme externe, nous avons eu le bonheur de l'avoir encore pour Maître à Lariboisière. Il nous a donné une dernière marque de sollicitude en nous inspirant notre sujet de thèse et en surveillant son élaboration. Nous lui demandons de vouloir bien accepter, à titre de remerciements, l'assurance de notre profonde estime et de notre inaltérable dévouement.

Nous tenons à remercier aussi M. le Professeur Quénu qui nous a fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse.



INTRODUCTION

La lithiase rénale est une affection relativement fréquente. Dans cette affection les calculs formés s'éliminent en général spontanément par les voies naturelles. Cependant il arrive que les calculs dans leur descente peuvent demeurer enclavés dans le bassinnet ou dans l'urétère ; ils occasionnent dans ces conditions des douleurs au malade et des troubles variés qui peuvent aller jusqu'à l'anurie. Il importe donc d'enlever ce calcul, et comme le traitement médical est impuissant à le faire, c'est au traitement chirurgical que l'on a recours. Ce traitement consiste à aller directement ouvrir le bassinnet ou l'urétère et à enlever le calcul.

Dans cette opération, qui est actuellement bien réglée, il semble cependant que l'on puisse trouver quelque simplification : faut-il suturer les incisions du bassinnet ou de l'urétère ? Les uns pratiquent la suture, les autres s'en abstiennent — soit par nécessité, soit par principe, et il est intéressant de savoir si cette suture est vraiment nécessaire. C'est ce point particulier que nous avons l'intention d'étudier dans notre travail.

Voici l'ordre que nous avons l'intention de suivre :

Dans un premier chapitre nous donnons d'abord un

court historique des opérations qui ont été pratiquées sur l'urètre et sur le bassin.

Puis nous décrivons brièvement la technique de ces opérations, en insistant surtout sur l'incision au niveau du bassin ou de l'urètre, sur l'extraction du calcul, l'exploration de la perméabilité de cet organe au moyen du cathétérisme.

Dans un deuxième chapitre nous étudions les variétés de sutures qui existent pour fermer la plaie de l'incision du bassin ou de l'urètre.

Ensuite nous donnons les raisons qui nous font penser que la suture n'est pas nécessaire.

Enfin nous indiquons comment on termine l'opération et en particulier le drainage et les suites de l'opération.

En dernier lieu — les conclusions.

CHAPITRE I

§ 1. Historique

Les opérations portant sur le bassin et l'urètre ne datent que d'une trentaine d'années, c'est-à-dire de l'époque antiseptique.

La première pyélotomie fut pratiquée en 1880 par Czerny; en 1881, Whiplam fait la même opération et retire 47 calculs du bassin. En 1882, Bardenhauer fait la première opération sur l'urètre pour anurie calculeuse.

A partir de cette époque, les opérations sur le bassin sont moins fréquentes, car les chirurgiens abordent plus volontiers le rein, l'asepsie étant devenue d'une pratique plus facile et plus parfaite. Pour la même raison, les opérations sur l'urètre se multiplient. C'est alors, en 1888, que Tuffier présente à la Société Anatomique de Paris des pièces expérimentales provenant d'un chien, sur lequel il avait pratiqué l'utérotomie suivie de suture, et le chien avait parfaitement guéri; il donnait en même temps la technique à suivre pour la recherche de l'urètre et les opérations sur cet organe.

L'année suivante, en 1889, paraît un travail important de Le Dentu *Sur les affections chirurgicales du*

rein et de l'urètre. Dans ce travail, l'auteur précise la technique de l'urétéro-lithotomie.

En 1890, Arbuthnot pratique le premier l'urétéro-lithotomie extrapéritonéale suivie de suture avec guérison ; la même année, la même opération est pratiquée par Cabot. Seulement, dans l'opération de ce dernier, la suture n'est point faite intentionnellement, en raison « de l'urètre trop aminci et pour éviter l'incrustation des fils ». Cette opération fut suivie de guérison.

En 1891, dans la première édition du *Traité de Duplay et Reclus*, paraît un article de Tuffier sur les lésions de l'urètre et sur les opérations qu'elles comportent.

En 1891, également, Legueu, dans sa thèse, rapporte une observation de Poirier concernant une pyélotomie suivie de suture et se terminant par la guérison.

Puis les opérations portant sur le bassinet et sur l'urètre se pratiquent souvent : Mazzoni, Fenge, Albarran, Legueu, Cotterell, Bazy, Tédénat, P. Delbet, Hind, Cathelin, Marion, Rafin rapportent des observations d'opérations suivies de succès.

Albarran en 1895 montre que l'urètre peut porter des rétrécissements et que son exploration méthodique s'impose dans toutes les opérations sur l'urètre ou le bassinet pour éviter la formation de fistules secondaires.

En 1903, Freyer publie 10 observations personnelles d'urétéro-lithotomie avec 10 guérisons ; sur ces dix opérations il y en avait trois qui avaient été faites sans suture.

En 1905, Cathelin, dans le *Bulletin de la Société*

d'Anatomie de Paris, rapporte deux opérations personnelles, une sur le bassinnet, l'autre sur l'urétére, toutes deux pour calcul et suivies de cicatrisation, quoique ayant été faites sans suture.

En 1908, Albarran, dans son *Traité de Médecine opératoire*, arrête la technique de l'urétéro-lithotomie, et, d'après lui, cette opération doit être suivie de suture.

En 1909, à l'Association Française d'Urologie, on étudie la lithiase urétérale et les opérations qu'elle peut comporter. Jeanbrau, rapporteur, donne la statistique de tous les cas connus jusqu'à ce jour : il montre que la guérison est la règle dans la plupart des cas et que l'on observe de moins en moins de fistules, lorsque l'on a exploré auparavant la perméabilité de l'urétére.

C'est dans ce travail que nous avons pu étudier la technique de ces opérations, et recueillir un certain nombres d'observations, éparses dans la littérature.

L'année suivante, en 1910, Périneau met au point la question de la lithiase du bassinnet. Il donne la statistique de toutes les opérations faites à ce propos et il montre qu'il est préférable d'opérer directement sur le bassinnet plutôt que de passer par le rein, comme on avait l'habitude de le faire jusqu'alors pour éviter la fistule du bassinnet.

En 1910, Marion, dans la *Thérapeutique Urinaire* (Baillière) sur le traitement chirurgical de la lithiase rénale, émet les idées suivantes : « Le calcul extrait, inutile de fermer l'urétére, ni de placer une sonde à demeure, un drain sera laissé au voisinage du conduit. »

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur cet historique, nous pouvons voir que les opérations dans la

lithiasse du bassin et de l'urètre sont entrées dans la chirurgie courante ; ces opérations sont suivies dans la plupart des cas de guérison. La technique de ces opérations, qui est arrêtée dans le travail classique d'Albarran, semble pouvoir comporter cependant quelques modifications de détail, destinées à la simplifier. L'abstention de suture du bassin et de l'urètre, pratiquée par Cabot et Cathelin, et recommandée dernièrement par Marion, est une de ces simplifications qui, d'après nous, tend à se généraliser.

§ 2. Technique de la Pyélotomie

« La pyélotomie est l'ouverture du bassin ou des calices par voie extrinsèque au rein, donc au niveau du sinus » (Périneau, *Annales de Guyon* 1910).

La voie d'accès pour arriver sur le bassin est la même que celle dont on se sert pour découvrir le rein, c'est-à-dire la voie lombaire. Lorsque le rein est découvert, il est luxé en dehors de la plaie chirurgicale ; puis on dénude la face postérieure du bassin à la sonde cannelée ou avec une compresse, pour éviter l'hémorragie. On palpe ensuite cette face pour déterminer la position du calcul ; cette recherche est quelquefois difficile ainsi que le prouve une observation de Marion.

Le calcul étant repéré, et le champ opératoire protégé, on incise franchement au bistouri le bassin, selon une ligne oblique, parallèle au grand axe du bassin, ainsi que le conseillent Delbet et Mocquot.

Cette incision doit se faire sur la partie saillante du calcul ; elle doit avoir une longueur proportionnée à la

dimension du calcul : pas trop longue, pour éviter la rétraction cicatricielle consécutive; pas trop courte, pour éviter de contusionner les bords de l'incision au cours de l'extraction, ainsi que l'a observé Israel.

Cette incision doit avoir environ une longueur de 2 à 3 centimètres.

On extrait alors le calcul qui se présente, soit avec une pince spéciale, soit avec une curette, et en ayant soin de ne pas le briser. Le bassinnet est ensuite lavé, pour enlever les débris du calcul, avec une solution antiseptique faible, ou avec du sérum; puis sa cavité est explorée pour s'assurer qu'elle ne contient pas d'autres calculs ou de débris de calcul.

C'est à ce moment qu'il convient d'explorer la perméabilité de l'urètre : on fait un cathétérisme rétrograde par la plaie, de façon à s'assurer que ce conduit ne porte pas de rétrécissement, ni de calcul.

Arrêtons ici cette description, car sa suite, dans notre idée, sera la même que celle de l'opération portant sur l'urètre, et c'est alors que nous la continuerons.

§ 3. De l'Urétérotomie.

Avant toute opération, on passe une bougie urétérale dans l'urètre, bougie qui sera très précieuse pour la recherche ultérieure de l'urètre au cours de l'opération.

Les voies d'accès sur l'urètre varient selon la position occupée par le calcul. Le calcul est-il dans la portion lombaire, on fait une urétérotomie lombaire extrapéritonéale ou transpéritonéale.

Pour faire l'urétérotomie lombaire transpéritonéale, on fait une incision comme pour une laparotomie latérale : on refoule l'intestin grêle en dedans, le colon en haut et en dehors ; on traverse le mésocolon au devant de l'urètre et on arrive à celui-ci. On explore alors l'urètre, on l'isole avec un fil de soie et on l'attire vers la plaie cutanée.

Dans l'urétérotomie lombaire extrapéritonéale, on fait la même incision que pour la pyélotomie : on décolle la partie inférieure du rein de sa loge, on refoule le péritoine, on fait basculer le pôle inférieur du rein de façon à attirer et à faire saillir l'urètre, que l'on accroche et que l'on remonte vers la plaie au moyen d'une soie.

Le calcul est-il dans la portion iliaque ou pelvienne, — on l'aborde par voie extrapéritonéale, on fait une incision parallèle à l'arcade crurale et à un travers de doigt au-dessus d'elle. On refoule le péritoine avec le doigt et on arrive vers la bifurcation de l'iliaque primitive où on trouve l'urètre. On le décolle jusqu'à la vessie et on l'attire vers la plaie au moyen d'une soie.

Donc, nous voici sur l'urètre au voisinage du calcul. On précise la position de celui-ci par la palpation et, avant d'inciser l'urètre, on arrête temporairement le cours de l'urine, soit par compression digitale, soit avec une compresse.

L'incision sur le calcul se fait en prenant les mêmes précautions que pour le calcul du bassinet, c'est-à-dire l'incision parallèle au grand axe de l'urètre et de longueur convenable.

On extrait le calcul, on explore ensuite la perméabilité du canal urétéral jusqu'au bassinet en haut et jusqu'à la vessie en bas, pour rechercher un rétrécis-

sement possible ou un autre calcul; cette exploration se fait au moyen d'une bougie à boule n° 12 ou 14, ou avec un explorateur métallique de Le Dentu.

La fréquence de fistules autrefois était due en grande partie à ce défaut d'exploration, qui laissait ignorer le rétrécissement ou un autre calcul, et à l'heure actuelle nous pouvons dire avec Périneau que « la légende des fistules a aujourd'hui vécu ». (Périneau, *Annales de Guyon.*)

CHAPITRE II

§ 1. De la suture de l'urètre et du bassinot.

Le bassinot ou l'urètre a été ouvert, et le calcul retiré, que convient-il de faire maintenant? Faut-il suturer les lèvres de l'incision, faut-il laisser à la nature le soin de refermer cette plaie? C'est l'étude des observations que nous avons lues qui va répondre à cette question.

La plupart des auteurs, jusqu'à ces dernières années, étaient d'avis de suturer — c'est du moins ce qu'il résulte de la lecture des observations. Cette suture se faisait soit avec des fils d'argent, soit de soie, soit de catgut. Il semble bien que la suture au fil d'argent soit à rejeter complètement. Nous n'avons d'ailleurs trouvé que deux observations de suture de cette nature, faites par Garceau toutes deux. Ce que l'on peut reprocher à ce genre de suture c'est la difficulté de son application, car l'argent est moins maniable que la soie ou le catgut, et il peut produire soit des coupures des lèvres de la plaie, ou bien des rétrécissements du canal, lorsque les points de suture ont été trop serrés.

Avec la soie les mêmes inconvénients peuvent se produire. Mais il faut surtout craindre la production d'incrustation, lorsque le fil de soie a pénétré dans la

lumière du canal. C'est ainsi que dans l'observation (n° 3) de Doyen, nous voyons un calcul se former à nouveau sur un fil de soie et qui a été éliminé seulement au bout d'un an.

Le fil que l'on emploie habituellement est le catgut, de préférence fin n° 00 ou même n° 000. La suture est faite par points séparés ou en surjet. Il convient de ne pas comprendre la muqueuse dans l'anse du fil pour éviter l'incrustation. Quelques chirurgiens affrontent rigoureusement les lèvres de la plaie ; les autres font seulement des points lâches pour satisfaire à la coutume. Dans tous les cas, il est indispensable de ne pas serrer par trop les fils, pour éviter soit la coupure des parois, soit des rétrécissements.

Certains auteurs font un seul plan de suture, d'autres en font deux et même quelques-uns font trois plans de suture. Un point à noter sur la façon dont opèrent les frères Mayo sur le bassinnet : pour renforcer la suture, ils taillent un lambeau sur la capsule du rein et le rabattent sur la plaie au niveau de la suture. Inutile de dire que pour faire des sutures aussi délicates, il convient d'avoir à sa disposition des instruments délicats : une aiguille de Reverdin très fine, petite et courbée, ou des aiguilles très fines montées sur un porte-aiguille.

A côté de ces opérateurs, partisans de la suture, il y en a quelques-uns qui s'abstiennent de la pratiquer, soit qu'ils y aient été contraints par les circonstances, soit qu'ils aient jugé la suture comme un temps inutile. Et dans le paragraphe suivant, nous allons examiner qu'elles ont été les raisons de la conduite de ces derniers.

§ 2. La suture est-elle nécessaire ?

Avant tout, une question importante se pose : l'urine ne va-t-elle pas inonder la région voisine lorsque la plaie du bassinot ou de l'urètre est abandonnée à elle-même sans être suturée ? Nous pouvons répondre par la négative : dans toutes les observations que nous avons lues et dans celles que nous rapportons, nous voyons l'urine suivre son cours normal, lorsque toutefois le canal urétéral a été reconnu perméable ; dans le cas contraire, ce n'est pas la suture, même soignée, qui peut endiguer l'urine, celle-ci s'échappe par la plaie, tellement est puissante la vis a tergo, comme l'ont montré Delbet et Mocquot par leurs expériences sur le cadavre : ils pratiquaient sur le bassinot une pyélotomie, puis ils refermaient par une suture très soignée la plaie de l'incision, ensuite ils injectaient du liquide coloré dans le bassinot par l'urètre, et ils remarquaient que ce liquide s'échappait par la plaie.

Ainsi il n'y a pas de doute, lorsque le canal urétéral est perméable, l'urine s'écoule facilement jusqu'à la vessie sans souiller la loge péri-urétérale.

Une raison encore qui fait que la suture est peu recommandable, c'est la minceur trop fréquente des parois du bassinot ou de l'urètre au niveau du calcul. Cette minceur au niveau du calcul s'explique par la distension des parois de l'organe par le calcul, et on saisit alors combien il est difficile de faire une suture sans comprendre la muqueuse dans l'anse de fils et sans déchirer les parois de la plaie. D'ailleurs, nous avons déjà vu que lorsque la muqueuse a été

traversée par un fil, en particulier de soie, qui ne s'élimine pas, il y a des risques de provoquer des incrustations. Celles-ci peuvent même se produire, si le fil employé est un catgut gros qui s'élimine lentement; nous avons plusieurs observations se rapportant à ce genre de complication : dans l'une, (n° 3), due au Dr Doyen, nous voyons un fil de soie provoquer un nouveau calcul s'éliminant au bout d'un an; dans une autre (Observ. n° 2), un gros catgut détermine dans le bassinnet une incrustation de fil qui s'élimine naturellement par voie urétrale au bout de trois mois.

Nous voyons que, dans un cas semblable, Cabot, devant un urètre à parois minces, ne crut pas devoir faire une suture, craignant de prendre la muqueuse et de déterminer par la suite une incrustation des fils. Les suites de l'opération furent excellentes, et il n'y eut de fistule que pendant les huit premiers jours. (Observ. n° 4.)

Une autre raison qui peut déterminer le chirurgien à s'abstenir de suturer est la crainte des hémorragies possibles. Il y a dans le paroi de l'urètre et du bassinnet des vaisseaux artériels et veineux, qui le plus souvent sont sans importance, mais qui peuvent, dans certaines conditions, être dilatés. S'ils viennent à être traversés par une aiguille, ils donnent lieu à une hémorragie, en vérité peu importante, mais qui vient compliquer l'opération, car il faut ligaturer ce vaisseau, ce qui peut être quelquefois difficile. Dans un cas, le Dr Bazy, faisant une pyélotomie, pratiqua la suture du bassinnet par neuf points au catgut; au cours de cette suture, il traversa un vaisseau veineux qu'il fut obligé de ligaturer. (Observ. n° 1.)

Pour éviter cet inconvénient, le Dr Cathelin dans un

cas semblable ne pratiqua pas de suture « de peur, dit-il, de blesser un des vaisseaux du pédicule que je voyais en haut, perpendiculaire au bassin ».(Observ. n° 6.)

Mais la suture est dangereuse, non pas seulement pour ces deux raisons, elle l'est encore parce qu'elle peut occasionner des rétrécissements de l'urètre.

En effet, lorsque les fils sont passés dans les parois de l'urètre, et forcément ils le sont à une distance assez grande du bord libre de l'incision, ils réduisent dans une notable proportion le calibre interne de l'urètre, dès qu'ils sont serrés; lorsque la cicatrisation est accomplie, cette réduction persiste sous forme de rétrécissement plus ou moins serré. Or, il est difficile d'apprécier avec exactitude le degré de striction que l'on imprime au fil et il est facile de déterminer un rétrécissement si cette striction est un peu forte.

Tous ces inconvénients que nous venons d'énumérer prennent une valeur d'autant plus grande que l'opération se fait à une plus grande profondeur. Dans ces conditions l'organe, le bassin ou l'urètre, est moins accessible à la vue, et les diverses phases de l'opération se passent sous le contrôle du toucher plutôt que de la vue. Il est bien certain qu'il est difficile de faire une suture méthodique sans toucher à la muqueuse; d'autre part, si un vaisseau traversé donne une hémorragie, même petite, la ligature de ce vaisseau vient compliquer étrangement l'opération elle-même.

Une autre préoccupation doit être présente à l'esprit du chirurgien, c'est celle de ne pas blesser les gros vaisseaux du voisinage, le D^r Cathelin a mis cette idée en relief dans le *Bulletin Médical* 1905, p. 134.

D'ailleurs toutes ces raisons que nous avons don-

nées contre la suture seraient bien inutiles s'il était démontré que la suture est indispensable—mais la lecture des observations, tant de celles que nous rapportons, que de celles qui sont dans la littérature, montre que l'on peut parfaitement s'en passer.

Dans un certain nombre de pyélotomies ou d'urétérotomies, la suture n'est point faite, peu en importe la raison ; le fait qui nous retient est seulement l'absence de suture, et les suites de l'opération sont aussi bonnes que dans les cas avec suture. Il résulte donc de ceci, que la suture apparaît comme un temps au moins inutile, et que le chirurgien peut s'en débarrasser. Certains chirurgiens ne pratiquent jamais la suture par principe, d'autres commencent à adopter les mêmes idées et tâchent de les répandre dans le public ; c'est ainsi que Cathelin écrit dans le *Bulletin Médical* « qu'il est préférable de suivre la conduite de la plupart des chirurgiens pour le cholédoque et de ne pas suturer » (*Bull. Méd.* 1903, p. 155) ; ailleurs il dit : « La suture n'est pas nécessaire, surtout si elle est rendue difficile par la profondeur ». (*Société Anat. de Paris* 1905, p. 254.)

D'autres chirurgiens, Israel, sont éclectiques et préconisent ou repoussent la suture selon les cas : s'agit-il d'un calcul septique, ils pensent qu'il est préférable de s'abstenir de suture ; dans le cas contraire ils pratiquent la suture.

Si maintenant nous regardons cette question d'une façon plus large, si nous comparons ce qui se passe dans l'urètre ou le bassinot incisé avec ce qui a lieu quand des opérations semblables sont faites sur le cholédoque ou l'urètre, nous sommes frappés de constater que dans ces derniers cas la guérison survient

toujours malgré l'absence de suture. Ce qui importe au chirurgien qui intervient dans un cas de lithiase biliaire, c'est bien moins l'occlusion du cholédoque, que sa perméabilité, il se préoccupe davantage d'assurer la liberté du canal que d'assurer la fermeture de la plaie, qui se fait spontanément. De même dans la fistule urinaire périnéale, consécutive à un rétrécissement de l'urètre, la fistule n'inquiète pas le chirurgien, il assure l'écoulement de l'urine par l'urètre, quant à la fistule, il la laisse se refermer toute seule.

En somme, le cholédoque et l'urètre sont des organes excréteurs en tous points semblables au bassinnet et à l'urètre, et il est à prévoir que la même conduite appliquée chez les uns donnera les mêmes résultats que chez les autres. La conclusion qui s'impose ici encore, est que la suture est un temps inutile.

La critique que nous venons de faire de la suture n'est pas absolue. Lorsque toutes les conditions s'y prêtent, par exemple, lorsque les urines sont parfaitement claires, lorsque l'organe est bien en vue, lorsque ses parois sont normales, lorsque des vaisseaux importants ne l'avoisinent pas d'une façon immédiate, nous pensons que le chirurgien est autorisé à faire une suture, mais il convient d'ajouter que ce doit être une suture assez lâche, destinée à guider la cicatrisation plutôt qu'à la provoquer.

Nous savons maintenant qu'il n'est point nécessaire de suturer la plaie. La continuation de l'opération est simple, qu'il s'agisse d'un calcul septique ou d'un calcul aseptique, la conduite à tenir est la même ; il conviendra toujours de mettre un drain. Dans le cas de calcul septique, cette conduite s'explique facilement ; dans le cas de calcul aseptique, le drain sert à

éliminer les petites extravasions sanguines qui, fatalement, ont été produites par la déchirure des petits vaisseaux.

Le drain doit être disposé à quelque distance de la plaie urétérale ou du bassinnet pour éviter tout traumatisme de ces organes, ce qui retarderait la cicatrisation. Le drain sera d'un calibre assez petit, et, sur lui, on pourra refermer en partie la plaie pariétale.

§ 3. Suites opératoires

L'opération proprement dite est terminée. Nous n'avons pas fait de suture, que va-t-il se passer? Deux cas peuvent se présenter : dans certains cas, la guérison survient facilement, l'urine ne s'écoule pas par la plaie — celle-ci se cicatrise par première intention ; dans d'autres cas, l'urine s'écoule par la plaie plus ou moins abondamment et pendant une dizaine de jours, puis cet écoulement cesse, soit petit à petit, soit brusquement.

Lorsque l'urine s'écoule pendant longtemps par la plaie, il est nécessaire de mettre une sonde vésicale à demeure et même de faire un cathétérisme urétéral, quand on soupçonne une oblitération urétérale.

Il n'est pas nécessaire de laisser le drain jusqu'à la fin de l'écoulement d'urine par la plaie ; dès le 3^e jour, on peut le retirer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

BAZY. Extrait de la *Société de Chirurgie de Paris*, 5 janvier 1910.
Pyélotomie pour calcul du rein droit.

La malade de 46 ans entre à l'hôpital le 16 décembre 1909, pour une crise de colique néphrétique et d'hématurie.

La *radiographie* indiqua nettement un calcul du rein droit.

J'opère la malade le 27 décembre dernier. Je copie le registre d'opération.

27 décembre 1909. — Pyélotomie pour calcul du rein droit. Incision de 20 centimètres environ à cause de l'épaisseur du panicule adipeux. On arrive sur la capsule du rein très épaisse, indurée. On en résèque une toute petite partie. Le rein, étant mis à nu, est peu à peu détaché et attiré au dehors. On sent le calcul. On incise le bassinet sur la face postérieure, il s'en écoule un peu de liquide trouble.

Par incision, on retire un calcul coralliforme qui se trouve, par place, recouvert de tous petits calculs semblables à de petites gouttelettes qui sont déposées à sa surface. Quelques-unes de ces gouttelettes se sont détachées par le frottement et sont libres dans la cavité du bassinet. On les retire une à une. Puis on lave le bassinet avec de l'eau stérilisée. Cela fait, on suture le bassinet par neuf points au catgut; en plaçant un des fils, on traverse un petit vaisseau veineux d'où s'échappe du sang noir sans jet. On place alors deux petites ligatures; on met un train au voi-

sinage et une mèche. Le rein est remis en place, la capsule adipeuse est ramenée sur la partie inférieure et on termine en suturant en trois plans, deux au catgut pour les muscles et un pour la peau aux crins de Florence.

Les suites opératoires ont été fébriles, comme on pouvait s'y attendre, étant donné le résultat de l'examen bactériologique qui donne des staphylocoques à droite.

Il y a un peu de suppuration, mais, jusqu'ici, il ne s'est pas écoulé d'urine par la plaie.

OBSERVATION II

BORELIIUS. In *Folia Urologia*, septembre 1908, p. 632.

Femme, 30 ans entre le 25 mai 1907.

Opération, 3 juin 1907. — Pyélotomie et ablation d'un calcul gros comme un œuf de pigeon, pesant 10 grammes environ.

Suture au gros catgut.

Suites opératoires : guérison *per primam*, quoique légères douleurs de temps en temps.

3 juillet. A travers la cicatrice se fait jour une grande quantité de liquide semblable à de l'urine.

Les douleurs disparaissent.

Le 16 juillet. Sortie guérie.

Septembre. Au milieu des douleurs, apparition par l'urètre de fils de catgut *incrustés*.

Hiver 1908. Nouvelles douleurs.

Radiographie négative.

Juillet 1908. Guérison complète. Aucun accident depuis plusieurs mois.

OBSERVATION III

DOYEN. In Thèse de Glantenay : *Chirurgie de l'urètre*, 1895, p. 126.

Femme, 21 ans. — Douleurs vives hypogastriques, ténesmes, envies fréquentes d'uriner. Pas d'hématuries. Cor-

don calculeux sur le côté du col au toucher vaginal. Cathétérisme vésical. Pas de pierre dans la vessie.

Diagnostic : Calcul de l'urètre d'après l'histoire de la maladie, le toucher vaginal et le cathétérisme vésical. Urétérotomie vaginale par le procédé de Doyen. Sonde urétérale à demeure par l'utérus. Urétérorraphie à points séparés. Réunion immédiate sans fistule.

Émission d'un nouveau calcul. Un an après, l'extraction d'un calcul vésical formé autour d'un fil de soie.

Pas de fistule.

OBSERVATION IV

CABOT. In Artic. de Jeanbrau : *Association Française d'Urologie*, 1909, p. 132.

Homme, 40 ans. Depuis 6 ans, coliques mal définies (appendiculaires). Depuis trois mois, douleurs localisées au-dessus du milieu de l'arcade crurale gauche.

Pyurie et cylindrurie.

Points très sensible dans l'échancrure iléo-costale.

On diagnostique un calcul de l'urètre gauche à cause du siège de la douleur et malgré l'absence d'autres symptômes urinaires.

Opération : Ponction du rein avec une aiguille négative. On sent une masse dure dans l'urètre à 5 centimètres au-dessous du rein.

On attire l'urètre avec un crochet mou. Utérolithotomie.

Vérification de la perméabilité de l'urètre en haut et en bas.

Pas de suture de l'urètre trop aminci et pour éviter l'incrustation. On ne libère pas le rein.

Suites opératoires : Fistule urétérale pendant huit jours à partir du quatrième jour après l'opération.

OBSERVATION V

CATHELIN. Extrait de la *Société d'Anatomie* de Paris, 1905, p. 250.

— Calcul de l'urètre pelvien.

Le 20 février 1905 entrant à Necker, dans le service de mon maître, M. le prof. Guyon, un homme de 21 ans, se plaignant de douleurs dans le ventre et de pissement de sang.

Radiographie : On voit nettement un calcul dans l'urètre pelvien.

Opération (1^{er} mars 1905). Aide, M. Trouvé, interne. Je fais une incision médiane sous-ombilicale en respectant le péritoine que je décolle aussi loin que possible. Après avoir mis le grand écarteur, j'explore vers la partie basse et latérale de la vessie où je ne sens rien.

Une sonde béquille introduite dans la vessie me permet de repérer cet organe et je ne sens pas le doigt qu'un aide a mis dans le rectum.

Le malade étant en position de Trendelenbourg, j'ouvre alors le péritoine sur la ligne médiane, mais je ne vois à travers le feuillet postérieur ni le calcul ni l'urètre ; après protection de la grande séreuse, je fais l'exploration digitale du petit bassin du côté droit et je sens alors en appuyant sur l'excavation un petit corps dur avec aspérités, de la grosseur d'une noisette, très mobile et que je fais facilement remonter dans l'urètre iliaque. Cela fait, et le calcul étant d'une mobilité désespérante, je le tiens avec deux doigts de ma main abdominale, puis je fais une urétérotomie extra-péritonéale en incisant sur le calcul que je subluxe en dehors, incision verticale d'un centimètre environ. Énucléation : il s'écoule un peu d'urine de l'urètre dilaté ; on l'éponge aussitôt.

Je ne suture pas l'urètre ; je ferme alors le péritoine et je fais un drainage sous-péritonéal avec une mèche et un gros drain ; sutures.

Au cours de l'opération, et une fois le ventre ouvert, il y eut une alerte chloroformique très grave avec asphyxie

noire qui m'obligea à ouvrir la bouche contractée du patient et à commencer la respiration artificielle.

Le calcul examiné par M. Gauvin est formé d'oxalate de chaux pur.

Suites opératoires : Elles furent extrêmement simples — les trois premiers jours jusqu'à l'enlèvement de la mèche, les urines étaient rougeâtres et abondantes, ce qui prouvait bien la perméabilité de l'urètre. Le ventre n'était pas tendu ; la fosse iliaque droite était souple.

A partir de ce moment, le malade commet l'imprudence de se lever seul ; le ventre commença à se ballonner et il se développa une péritonite sans fièvre — le pansement restant sec — qui emporta le malade le septième jour.

Autopsie : Signe de péritonite généralisée ; anses rouges, dilatées et agglutinées. Un peu de liquide citrin dans le petit bassin.

OBSERVATION VI

CATHELIN. Extrait du *Bulletin Médical*, 1905, p. 154. — **Calcul du bassinet extra-rénal enlevé par pyélotomie postérieure sans suture. Guérison sans fistule.**

Le 1^{er} décembre 1904, entré à Necker dans le service de mon maître, M. le professeur Guyon, un homme de 33 ans, se plaignant de douleurs dans la région de l'hypochondre gauche.

Radiographie : Tache très nette de la grosseur d'une noisette à gauche et ayant la forme d'un triangle à pointe inférieure.

Opération : Le 14 décembre 1904, par Cathelin.

Incision recto-curviligne lombo-iliaque de Guyon. Paroi saignante. Je tombe tout de suite sur le rein que je décortique facilement et que j'amène en une minute à l'extérieur ; rein petit, non tendu, non congestionné, sans rétention, et qui, à la palpation, ne donne aucune sensation de calcul. Nephrotomie médiane = 0, même après exploration du bassinet, l'aide ayant retiré un peu ses doigts comprimant le pédicule. Je referme avec trois fils doubles de

catgut n° 3. Contre-ouverture au niveau du pôle supérieur = 0. Je referme avec trois catguts.

Je subluxe alors le rein sur les côtes pour aborder facilement le bassinet et je sens quelque chose de dur, assez bas, ressemblant tout à fait à un ganglion et non à un calcul. Je le dénude avec prudence; je tombe alors sur un véritable bassinet extra-rénal distendu par le calcul.

Pyélotomie verticale postérieure de 1 centimètre et demi. Une petite veine est intéressée, mais j'extrais facilement le calcul en forme de noisette et dont la pointe regardait en bas vers l'urètre qu'elle bouchait plus ou moins complètement.

Je cherche à suturer avec une petite Reverdin et après m'être assuré qu'il n'y avait pas d'autre calcul engagé dans l'urètre, mais de peur de blesser un des vaisseaux du pédicule que je voyais en haut perpendiculaire au bassinet, *je m'abstiens*. Je mets un drain dans la brèche pyélique, une petite compresse fine et doucement tassée en arrière, et je remets le rein en place.

Sutures de la paroi en deux plans.

Suites opératoires : Elles furent extrêmement simples. Il n'y eut pas de fièvre à aucun moment, ni de suintement sanguin. Il n'y eut même que très peu d'urine les trois premiers jours (tache de la grandeur d'une assiette), j'enlevais la mèche le troisième jour et le drain le quatrième, puis le pansement resta sec jusqu'à la fin. Les fils furent enlevés le dixième jour et le sang, dans l'urine du premier jour, prouvait manifestement que l'urètre était perméable. Exéat le vingtième jour.

OBSERVATION VII

GIBBON. (In article de Jeanbrau, 1909.)

Homme, 39 ans. — Crises répétées de douleurs abdominales avec troubles digestifs. Hématuries microscopiques, Pas d'autres symptômes urinaires.

Diagnostic : Appendicite.

Opération : Laparotomie latérale droite. En cherchant

l'appendice qui est malade et qu'on enlève, on trouve dans le petit bassin une masse dure, fixée, ayant la forme d'un ganglion; décollement du péritoine du bassin jusqu'à l'urètre. Avec les doigts on repousse en dehors l'urètre qu'on incise sans voir. Ablation d'un calcul noir, long, du volume de l'extrémité du petit doigt ayant la forme d'un cornichon. *Pas de suture*. Drainage à la gaze.

Suites opératoires : Fistule pendant deux semaines.

OBSERVATION VIII

FENGER. (In article de Jeanbrau, p. 135.)

Homme, 35 ans. — Depuis deux ans attaques de coliques rénales, ni hématurie, ni gros rein.

Diagnostic : Calcul du rein.

Opération : Exploration de l'urètre, deux calculs à 4 centimètres au dessous du rein. Ablation. *Pas de suture*.

Suites opératoires : Non indiquées.

OBSERVATION IX

ISRAEL. (In article de Jeanbrau, p. 120.)

Homme, 52 ans. — Anurie depuis six jours. Néphrotomie en pleine urémie. On enlève plusieurs petits calculs dans le rein et on le trouve à 5 ou 6 centimètres au dessous de l'origine de l'urètre, impossible de le refouler en haut. Extraction par urétérotomie. *Pas de suture* de l'urètre. Suture du rein, sur un drain.

Suites opératoires : Toute l'urine coule par la plaie jusqu'au septième jour. Le vingt-troisième, elle passe par la vessie. Le trente-septième, elle recommence à couler par la plaie. Quatre jours après elle passe par la vessie.

OBSERVATION X

FREYER. Extrait de Th. de Vennes, de Montpellier, 1908-1909.

Homme, 28 ans. Douleurs lombaires irradiées dans l'aine et dans les testicules.

Diagnostic : Calcul rénal.

Opération : Incision lombaire oblique gauche, néphrotomie. Pas de calcul dans le bassinet. On prolonge l'incision vers le bas, de deux à cinq centimètres. On sent un calcul dans l'urètre à 5 centimètres au-dessous du bassinet.

Impossibilité de refouler le calcul dans le bassinet. Urétérotomie longitudinale sur le calcul. Extraction.

Pas de suture urétérale. Drainage de la plaie de l'urètre.

Suites opératoires : Plaie complètement guérie un mois après opération.

OBSERVATION XI

FREYER. Extrait de Th. de Vennes, Montpellier, 1908.

Homme, 23 ans. Coliques rénales avec hématurie depuis dix mois. Il y a une semaine, douleurs atroces dans la région lombaire droite avec vomissements et pollakiurie.

Diagnostic : Calcul du bassinet causant une obstruction de l'urètre.

Opération : Incision lombaire oblique. On amène le rein dehors, néphrotomie. Un jet d'urine jaillit sur la plaie. Le doigt constate que les calices et le bassinet forment une grande cavité irrégulière sans calcul. Une bougie urétéral s'arrête à 10 centimètres au-dessous du bassinet. On prolonge l'incision et on suit l'urètre jusqu'au calcul qui est situé à 10 centimètres du bassinet.

Impossibilité de refouler le calcul dans le bassinet. Urétérotomie longitudinale sur le calcul, ablation du calcul.

Pas de suture sur l'urètre. Drain jusqu'à la plaie urétérale sortant par voie lombaire. Rein augmenté de volume, congestionné et mou.

Suites opératoires : Écoulement d'urine par la plaie pendant neuf jours. Guérison en cinq semaines.

OBSERVATION XII

DEANESLY. (Extrait de l'article de Jeanbrau. *Ass. Fr. d'Ur.*, 1909.)

Homme 27 ans. Des douleurs dans l'aîne gauche. Pas de pyurie.

Opération : Découverte du rein gauche transformé en un petit sac. On libère l'urètre jusqu'à 5 centimètres de la vessie. A cet endroit, on sent un calcul avec une sonde métallique. Urétérotomie et extraction du calcul avec une longue pince. Vérification de la perméabilité de l'urètre au-dessous. *Pas de suture de l'urètre*. Calcul ovoïde de 2 centimètres.

Suites opératoires : Guérison rapide. Disparition des douleurs.

OBSERVATION XIII

JORDAN LLOYDT. Extrait de *British Med. Journ.*, 24 octobre 1906, p. 1207.

Femme, 35 ans. — Crises coliques rénales depuis deux ans, survenant toutes les quatre ou cinq semaines.

Diagnostic : Calcul rénal.

Opération : Laparotomie. On vérifie la présence d'un calcul dans l'urètre, à 3 centimètres de la vessie. Urétérotomie extra-péritonéale. *Pas de suture de l'urètre*.

Suites opératoires : Guérison sans fistule.

OBSERVATION XIV

HIND. Extrait de Th. de Venneș, obs. 35.

Homme. — Douleurs lombaires droites. Calculs dans les urines. Anurie depuis 6 jours. Région rénale droite plus volumineuse que la gauche.

Diagnostic : Obstruction calculeuse droite.

Opération : Incision lombaire. Urétéro-néphrotomie. Calcul dans la partie supérieure de l'urètre, huit calculs du bassinet, extraits par urétérotomie. Calcul triangulaire rénal, extrait par néphrotomie. *Pas de suture rénale, ni urétérale.*

Suites opératoires : Après l'opération, écoulement d'urine sanguinolente par la plaie rénale. Mort par le cœur, 58 heures après l'opération.

Autopsie : Le rein adhère à la capsule périrénale ; plaie de l'urètre et du rein en voie de cicatrisation. Rein gauche atrophié et contenant un calcul de 360 grammes.

OBSERVATION XV

MORISSON. Extrait de *The Lancet*, 1894, p. 1093.

Homme, 31 ans. — Depuis neuf ans, coliques néphrétiques récidivantes ; les unes légères, les autres très fortes.

Opération : Incision lombaire. Néphrotomie. Au cours de cathétérisme, un calcul dans l'urètre à 7 centim. 5 au-dessous du rein. Impossibilité de refouler le calcul vers le rein. Urétérotomie. Extraction du calcul. Néphrorraphie. *Pas de suture de l'urètre.* Drainage de la plaie à la gaze.

Suites opératoires : Fistule pendant quatre mois. Depuis six mois, le malade est en excellente santé.

OBSERVATION XVI

ANDRÉ, de Nancy. Extrait *Ass. Franç. d'Urologie*, 1909, p. 214.

Femme de 52 ans, a eu à deux reprises des coliques néphrétiques.

Radiographie : Un calcul dans l'urètre gauche à 3 centimètres de la vessie.

Opération : le 1^{er} mars 1909. — Extraction d'un calcul, de volume d'une petite noisette par la voie vaginale.

Pas de suture de l'urètre : Après l'opération on met une sonde à demeure à l'aide de cystoscope.

Suites opératoires : Guérison régulière et sans incident.

OBSERVATION XVII.

VIOLETT. Extrait de l'article de Périneau, *Annales de Guyon*, 1910, p. 430.

Malade de 35 ans, atteinte de lithiase rénale droite.

Radiographie du D^r Bargon : Montre un calcul du bassin.

Opération : Extériorisation du rein et dénudation du bassin où le calcul est nettement senti. Incision de la face postérieure du bassin sur 1 centim. 1/2. Ablation du calcul, pesant 392. 50.

Réintégration du rein *sans suture pyélique*. Drainage.

Suites opératoires : Guérison. Le pansement n'a jamais été souillé par l'urine, même les premiers jours.

OBSERVATION XVIII

MARION. Extrait de Th. de Moyrand, 194, p. 86. — **Calcul du rein gauche. Néphrotomie suivie d'une pyélotomie.**

M. M... vient consulter pour des douleurs lombaires gauches.

Radiographie du D^r Darbois : Montre un calcul du bassin.

Opération : le 13 avril 1910, à la Maison de Santé, de la rue de la Chaise. Mise à nu du rein. Découverte de la face postérieure du bassin marquée par une couche de graisse dure, son exploration ne me permet de sentir qu'une masse ferme qui n'a pas la consistance d'un calcul. Si bien que je pense qu'il s'agit simplement d'une sensation produite par l'épaississement de la graisse péripyélique. Renonçant alors à la pyélotomie, je pratique une néphrotomie.

Arrivé dans le bassin, je peux, non pas voir, mais sentir avec une sonde cannelée, introduite dans la cavité,

le calcul situé bas, profondément et correspondant à la masse que je sentais au niveau du hile. Je suture le rein, et je reviens au bassin. Avec un peu de patience je dégageais sa face postérieure de toute la graisse qui l'environnait, et je parviens à sentir nettement le calcul, sur lequel j'incise la paroi. Le calcul enlevé, *je laisse l'incision sans suture*, je place un drain au voisinage et je referme la plaie pariétale sur le drain.

Suites opératoires : Le malade guérit fort simplement sans fistule.

OBSERVATION XIX

Extrait de l'article du Dr Marion, *Assoc. Fr. d'Urologie*, 1911, p. 566. — **Deux calculs urétéraux pelviens droits avec tuberculose rénale gauche.**

M^{me} F..., 33 ans. — Entre le 2 mars 1910 à l'hôpital Necker pour des crises douloureuses du côté droit.

Radiographie : Deux calculs urétéraux pelviens.

Opération le 7 mars 1910 : Je découvre facilement l'urètre droit par une incision iliaque classique et, sans grande peine, je parviens à libérer la portion de l'urètre où se sentent les calculs; incision longitudinale du canal et extraction de deux calculs. *Pas de suture.*

Fermeture partielle de la plaie, un drain étant laissé dans la partie inférieure.

Suites opératoires : Furent simples. Au quinzième jour, la malade était complètement guérie.

OBSERVATION XX

Extrait de l'article du Dr Marion, *Assoc. Fr. d'Urologie*, 1911, p. 569. — **Calcul urétéral pelvien droit déterminant des crises vésicales douloureuses, de la pyurie et des hématuries.**

M. de L... vient consulter pour des douleurs de vessie et des urines entièrement troubles et de temps en temps sanguinolentes.

La radiographie faite par M. le Dr Lebreton démontre un calcul dans la portion pelvienne de l'urètre.

Opération : le 13 juillet, rue de la Chaise. Par l'incision iliaque classique, j'aborde l'urètre au détroit supérieur. Il s'est un peu induré, gros comme un crayon; je le suis de haut en bas et j'arrive au calcul que j'extrais sans difficulté, après avoir sectionné, entre deux ligatures, une grosse veine qui passe devant l'urètre.

Pas de suture urétérale.

Fermeture partielle de la plaie avec mèche et drain à la partie inférieure.

Suites opératoires : Normales. Au troisième jour, ablation de la mèche. Les urines passent pendant huit jours par la plaie puis l'écoulement cesse complètement.

Le drain est retiré le dixième jour.

Au quinzième jour la plaie est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXI

Extrait de l'article du Dr Marion. *Assoc. Fr. d'Urologie*, 1911, p. 571. — **Un calcul urétéral pelvien gauche avec deux autres calculs extra-urétéraux.**

Le Dr J., de Nicosie, entre à l'hôpital Lariboisière, le 4 mai 1908, pour des douleurs du côté gauche de l'abdomen.

Opération : le 12 mai 1908. Par une incision iliaque, parallèle à l'arcade de Fallope, située à deux travers de doigt au dessus d'elle, dépassant en haut le niveau de l'épine iliaque de 4 à 5 centimètres, j'aborde l'urètre au détroit supérieur, je le suis en descendant et j'arrive à sentir nettement un calcul dont les aspérités, traversant la paroi de l'urètre, m'écorchent le doigt. J'incise l'urètre sur le calcul et l'extrais sans difficulté.

Pas de suture de l'urètre, suture partielle de la paroi abdominale avec drainage de la partie inférieure de la plaie.

Suites opératoires : Normales. L'urine passe par la plaie pendant les dix premiers jours, puis la cicatrisation se fit, et trois semaines après le malade était complètement guéri.

OBSERVATION XXII

MARION (inédite). **Calcul du rein gauche.** — **Pyélotomie à gauche.**

M^{me} X... vient consulter pour des troubles urinaires et pour des douleurs de la région rénale gauche.

Opération le 21 juillet 1910 : Incision lombaire gauche. Le rein est mis à nu, facilement extériorisé. Une incision de 2 centimètres environ, pratiquée sur la paroi postérieure du bassin, permet d'extraire un calcul de forme un peu irrégulière. *Pas de suture du bassin.* Drainage. Fermeture de la plaie sur le drain.

Suites opératoires : très simples, la malade guérit sans incident.

OBSERVATION XXIII

MARION (inédite).

M. N., 15 ans, souffre depuis plusieurs mois du rein droit, surtout après la fatigue et la marche.

Opération au mois de novembre 1908 : Incision lombaire, découverte du rein. Par une incision de la paroi postérieure du rein, on retire un calcul d'acide urique triangulaire de la grosseur d'une pièce d'un franc. *On ne suture pas l'incision du bassin.* On met un drain.

Suites opératoires : Furent très simples — le malade guérit rapidement sans fistule.

OBSERVATION XXIV

MARION (inédite).

L. G... entre rue de la Chaise le 2 mai, pour des douleurs violentes du rein droit. Immobilisation au lit depuis plusieurs mois. En même temps hématuries depuis cinq mois.

Le malade a eu des crises de coliques néphrétiques à plusieurs reprises, avec élimination de calculs.

Malheureusement, il existe une affection du cœur extrêmement prononcée pour laquelle le D^r Renon est appelé à voir le malade. Malgré cette affection, il conseille l'opération.

Opération le 15 mai : Facile extériorisation du rein. Un calcul est senti dans le bassinet malgré une péripyélite lipomateuse. Mise à jour du bassinet, incision sur le calcul. Extraction du calcul, du poids de 12 grammes, en forme d'enclume de 5 centimètres de longueur. Exploration du bassinet et des calices avec le doigt. *Pas de suture du bassinet*. Drainage de l'espace périrénal, fermeture de la plaie sur le drain.

Suites opératoires : des plus simples, à aucun moment il n'est passé une goutte d'urine.

Le malade est sorti le 29 mai complètement guéri.

OBSERVATION XXV

MARION (inéдите).

M. H., de Smyrne, vient consulter avec le diagnostic de calcul rénal. Une radiographie faite par M. le D^r Lebreton démontre non pas un calcul rénal, mais un calcul urétéral pelvien.

Opération : Le 10 juin, à la Maison de Santé des Frères Saint-Jean-de-Dieu. Découverte facile de l'urètre qui est dilaté. Il est possible de refouler le calcul, très bas situé, dans une portion de l'urètre plus accessible. Incision du canal, extraction du calcul, du volume d'une noisette, irrégulier.

Pas de suture de l'urètre : Drainage de l'espace péri-urétéral. Fermeture de la plaie.

Suites opératoires : très simples. L'urine passe par la plaie pendant quatre jours, ablation du drain au septième jour. Cicatrisation au dixième jour.

OBSERVATION XXVI (personnelle)

Recueillie dans le service du Dr Marion. Lariboisière. —
Calcul de l'urètre droit.

Homme de 52 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, le 29 novembre 1910, pour une hématurie et des douleurs rénales du côté gauche.

Radiographie : Deux calculs urétéraux échelonnés dans le tiers inférieur de l'urètre droit.

Opération : le 6 décembre 1910. Incision au-dessous de la crête iliaque, parallèle à l'arcade crurale. Ablation de deux calculs, de volume d'un petit pois, réguliers, brun foncé, siégeant dans l'urètre pelvien. *Pas de suture de l'incision urétérale.* Drainage et suture de la plaie pariétale.

Suites opératoires : Etat général bon. Ablation des fils le 16 décembre. Le 20 décembre, l'urine ne passe pas par la plaie. Le 24 décembre, ablation du drain. Le 31 décembre, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XXVII (personnelle)

Recueillie dans le service du Dr Marion. Hôpital Lariboisière.
— **Calcul urétéral droit. Urétérotomie sans suture.**

Femme de 31 ans, entre à l'hôpital pour des crises douloureuses dans la région lombaire droite, ayant débuté il y a trois ans.

Radiographie du Dr Belot : Montre deux tout petits calculs du rein droit.

Opération : le 10 février 1911. — Néphrotomie. On trouve un tout petit calcul dans le pôle inférieur du rein. On cherche un autre calcul dans le pôle supérieur du rein. Une compresse le ramène par hasard. On explore avec une sonde urétérale l'urètre de haut en bas et on est arrêté près du bassin par un corps dur. On sent dans l'urètre un calcul, gros comme le pouce. On incise l'urètre sur le calcul. On enlève un calcul gros comme un cornichon de 6 à 7 centimètres de longueur. Exploration nouvelle de l'urètre. On referme le rein. *On ne suture pas l'urètre.* On

met un drain au voisinage de l'incision. On referme les parois pariétales sur le drain.

Pas d'écoulement d'urine. Ablation du drain au treizième jour. Sortie guérie le 5 mars 1911.

OBSERVATION XXVIII (personnelle)

Recueillie dans le service du Dr Marion, Lariboisière. —
Pyonéphrose calculeuse.

Homme de 32 ans, entre pour des douleurs dans la région lombaire gauche et pour des urines purulentes.

Opération : le 14 février 1911. Incision lombaire droite, pour explorer le rein droit, qu'on trouve sain.

Néphrotomie gauche. On trouve une pyélo-néphrose avec deux calculs, l'un à l'orifice de l'urètre incrusté, l'autre dans l'urètre, à 6 ou 7 centimètres du bassinet. *On ne suture pas l'incision de l'urètre, on met un drain au voisinage de l'urètre.*

Suites opératoires : On enlève le drain au bout de quatre jours. Au bout d'un mois et demi le malade sort guéri.

OBSERVATION XXIX (personnelle)

Recueillie dans le service du Dr Marion, Lariboisière. —
Calcul du bassinet du côté gauche.

Homme de 25 ans, entre à l'hôpital, le 22 février 1911, pour des hématuries légères ayant débutées à l'âge de 21 ans. Il a été opéré déjà à Constantinople d'un calcul rénal gauche.

Opération : le 24 février 1911. Incision lombaire gauche. Mise à nu du rein gauche. Incision de la face postérieure du bassinet, extraction d'un calcul du volume d'une noisette. *On ne fait pas de suture du bassinet.* Drainage et suture de la plaie pariétale.

Suites opératoires : Huit jours après, on enlève le drain, au bout de treize jours on enlève les fils. Le malade sort guéri le 15 mars 1911.

OBSERVATION XXX (personnelle)

Recueillie dans le service du Dr Marion, Lariboisière. —
Pyélo-néphrite calculeuse.

Homme de 32 ans, entre à l'hôpital, le 14 mars 1911, pour des calculs rénaux gauches. Il a été opéré, en 1904, par le Dr Michon, à Lariboisière, d'un calcul urétéral gauche.

Opération : le 17 mars 1911. Incision lombaire gauche. Néphrotomie. On trouve une pyélo-néphrite calculeuse. On sent un calcul dans le bassin. On incise le bassin sur le calcul. On extrait ce dernier. On explore l'urètre. *On ne suture pas le bassin.* Drainage. Suture de la paroi pariétale.

Suites opératoires : On enlève le drain le septième jour, les fils le douzième jour.

Le 10 avril 1911 le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXI (personnelle)

Recueillie dans le service du Dr Marion, Lariboisière. —
Calcul urétéral gauche.

Homme de 36 ans, entre à l'hôpital, le 20 novembre 1909, pour des symptômes de coliques néphrétiques, ayant débuté il y a dix ans.

Cathétérisme démontre un arrêt à 14 centimètres de l'orifice vésical de l'urètre gauche.

Opération : le 25 novembre 1909. Incision lombo-iliaque gauche. Décollement du péritoine jusqu'à la bifurcation de la veine iliaque primitive. On sent un calcul dans l'urètre. On incise l'urètre sur le calcul. Exploration de l'urètre. *Pas de suture de l'urètre.* On met un drain au voisinage. Fermeture de la plaie pariétale.

Suites opératoires : Furent simples.

Le 7 février le malade sort complètement guéri.

CONCLUSIONS

I. — Les opérations sur le bassin et l'urètre deviennent de plus en plus fréquentes. Leur technique semble actuellement bien arrêtée, sauf en ce qui concerne la suture de l'incision.

II. — Les fistules, à la suite de ces opérations, proviennent exclusivement du rétrécissement ou de l'oblitération du conduit.

III. — La suture de l'incision de l'urètre ou du bassin est inutile; les statistiques prouvent que la guérison se fait aussi bien sans suture qu'avec suture.

Elle peut être dangereuse en occasionnant un rétrécissement secondaire, un nouveau calcul ou une hémorragie.

IV. — Cependant on est autorisé à la faire quand, les urines étant claires, il existe une dilatation du canal et quand celui-ci est bien exposé à la vue.

Vu : Le Président de la Thèse,
QUÉNU.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY,

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de L'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD, MARION ET PAISSEAU. *Thérapeutique urinaire*. — Edit. Baillière, 1910.
- ALBARRAN. *Calculs, fistules et rétrécissements de la portion iliaque de l'urètre*. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895, pp. 193-916.
- ALBARRAN. *Calculs de l'urètre*. — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. VIII, 1899, p. 955.
- ALBARRAN. *Calculs de la portion pelvienne de l'urètre*. — Congrès International de Médecine de Lisbonne. Section de chirurgie urinaire, avril 1909.
- ALBARRAN. *Calcul de la portion pelvienne de l'urètre*. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1907, p. 309.
- ALBARRAN. *Médecine opératoire des voies urinaires*. — Paris, Masson, 1909.
- AXSELL. *Calcul rénal volumineux, expulsé involontairement*. — J. of. ther. Amer. Med. Ass., juin 1905.
- BADIN. *Valeur de pyélotomie dans la néphrolithiase*. — Th. de Lyon, 1907-1908.
- BARTH. *Recherche sur la structure de l'urètre humain*. — Th. de Nancy, 1 93-1894.
- BARTLETT. *Une méthode opératoire simple pour les calculs de l'urètre*. — Centralblatt für Chirurg., 1907.
- BAZY. Société de chirurgie, 1910, p. 30.
- BAZY. Compte rendu de l'Académie de Médecine, 26 juillet 1910.
- BAZY. Revue de Chirurgie, 1897.
- BARDENHEUER. Centralblatt für Chirurgie, 25 mars 1882.
- BECK. Trans. of the clin. Soc., London, 1882.
- BLOCH. Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 7 déc. 1908.
- BLOCH. *Ueber Ureteroperationen*. — Folia Urologica, avril 1909.
- BOARI. *Chirurgia del uretere*. — Rome, Società edifica Dante Alighieri, 1900.

- BREWER. *Analyse de 140 opérations sur le rein et l'urètre.* — Americ. j. of th. Med. Sc., 1908.
- CATHELIN. *Calcul de l'urètre pelvien.* — Soc. Anat. de Paris, 1905, p. 150.
- CATHELIN. *Calcul du bassin.* — Bulletin Médical de Paris, 1905, p. 154.
- CATHELIN. *Les calculs du rein et de l'urètre. Etude clinique et opératoire.* — Association Française d'Urologie, 1906.
- CATHELIN. *Diagnostic et traitement des calculs du rein.* — Les conférences cliniques de chirurgie urinaire, 1909, p. 134.
- CABOT. *Résultat des interventions pour les calculs du rein au Massachusetts General Hospital.* — Boston med. and Surg. J., Volum. CLII, 1905.
- CHARVIN. *De la lithiase rénale et urétérale chez l'enfant.* — Th. de Lyon, 1911.
- CHOLTZOW. *Traitement radical du rétrécissement de l'urètre par excision de la portion rétrécie.* — Annales de Guyon, 1910.
- CHARIER. *Calculs de la portion pelvienne de l'urètre.* — Th. de Paris, 1905-1906.
- DELBET ET MOCQUOT. — Revue de Gynécologie, 1907, p. 635.
- DESQUIN. *Calcul de l'urètre extrait par la laparotomie.* — Annales de Guyon, 1900, p. 446.
- DESNOS ET MINET. *Traité des maladies des voies urinaires.* — Paris, 1908.
- DONNADIEU. *De l'anurie calculuse et de son traitement chirurgical.* — Th. de Bordeaux, 1894-1895.
- DOYEN. *Calculs urétéraux enlevés par la taille urétérale.* — Union Médic. du Nord-Est, 1892, p. 381.
- DOYEN. *Calculs de l'urètre.* — Courrier médical, Paris, 1897, p. 185.
- DOYEN. *Calcul du rein et de l'urètre.* — Presse médicale, 3 juin 1908.
- FABRICANTE. *Traitement opératoire des calculs du rein et de l'urètre.* — Annales de Guyon, 1911, n° 3.
- FAGE. *Lithotomie des calculs de l'urètre.* — Brith. med. j., février 1905.
- FORGUE ET JEANBRAU. *Obstruction calculuse de l'urètre.* — Assoc. française d'Urologie, 1907, p. 608.
- GARGANN. *Calculs des urètres.* — Th. de Bordeaux, 1886-1887.
- GLANTENAY. *Chirurgie de l'urètre.* — Th. de Paris, 1896.
- HOLLE. *Urétérile et pyélite.* — Th. de Paris, 1887.
- HERESCO. *Pyélonéphrose due à un gros calcul de l'urètre.* — Ass. franç. d'Urologie, 1907, p. 589.

- ISRAEL. *Traitement opératoire des calculs rénaux et urétéraux*. — Congrès de la Soc. allemande de Chirurgie, Berlin, avril 1900.¹
- JABOULAY. *Calcul de l'urètre*. — Th. de Lyon, 1903.
- JACOB. *Urétéro-lithotomie transpéritonéale*. — Annales de Guyon, 1903.
- JEANBRAU. *Des calculs de l'urètre lombaire*. — Assoc. Française d'Urologie, 1908, p. 354.
- JEANBRAU. *Les calculs de l'urètre devant le Congrès d'Urologie*. — Montpellier méd., 1909, p. 440.
- LEGUEU. *Calcul du rein et de l'urètre*. — Th. de Paris, 1891.
- LE DENTU. *Affections chirurgicales des reins et de l'urètre*. — Paris, 1889.
- LORY. *De la lithiase bilatérale rénale et urétérale*. — Th. de Paris, 1908-1909.
- MARION. *Contribution à l'étude des calculs urétéraux*. — Assoc. Franç. d'Urologie, 1911, p. 560.
- MICHAÏLOFF. *Des calculs du rein et en particulier de leur diagnostic par la radiographie*. — Th. de Lyon, 1907.
- MOLARD. *Diagnostic et traitement des calculs de l'urètre pelvien*. — Th. de Lyon, 1908-1909.
- MOYRAND. *Contribution à l'étude de la pyélotomie comme traitement de la lithiase rénale*. — Th. de Paris, février 1911.
- MORRIS. *Sur les calculs enclavés dans l'urètre et la possibilité de les enlever par une opération*. — Am. J. of the Med. Sc., octob. 1884, p. 458.
- PAPPA. *Des calculs de l'urètre*. — Th. de Paris, 1907-1908.
- PÉRINEAU. *Indication et valeur pratique de la pyélotomie*. — Annales de Guyon, 1910.
- POZZI. *Calcul de l'urètre pelvien*. — Bul. de la Soc. de Chirurg. de Paris, 1908.
- POUSSON. *Traitement chirurgical des calculs rénaux*. — Société de Chirurg., 1909, p. 726. Associat. Franç. d'Urologie, oct. 1910.
- RAFIN. *De la pyélotomie pour calcul du rein*. — Province médicale, avril 1911.
- RAFIN. *Gravité opératoire d'intervention pour les calculs du rein*. — Lyon chirurg., avril 1911.
- RIGLY. *Traitement opératoire des calculs pelviens*. — Annal. of Surgery, 1907.
- ROCHET. *Calculs de l'urètre*. — Lyon chirurg., 1910, p. 573.
- SOURDILLE. *Lithiase rénale*. — Th. de Paris, 1907.
- TEISSIÈRE. *Calculs de l'urètre pelvien*. — Th. de Paris, 1905-1906.

TUFFIER. *Pièces expérimentales d'urétérotomie suivie de suture.* —
Soc. d'Anatomie de Paris, février, 1889.

TUFFIER. *Calculs de l'urètre.* — Traité de Duplay et Reclus,
T. VII.

TUFFIER. *Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein.* — 1889.

VENNES. *Etude clinique et thérapeutique des calculs de l'urètre.* —
Th. de Montpellier, 1906.

ZUCKERKANDL. *Archiv. für klin. Chir.*, 1908, p. 481.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	11
Introduction	13
CHAPITRE I ^{er} :	
§ 1. Historique.....	15
§ 2. Technique de la pyélotomie.....	18
§ 3. De l'urétérotomie.....	19
CHAPITRE II :	
§ 1. De la suture de l'urètre et du bassinnet.....	22
§ 2. La suture est-elle nécessaire.....	24
§ 3. Suites opératoires.....	29
Observations.....	30
Conclusions.....	48
Bibliographie.....	49

Paris. — Imp. A. REIFF. — HEYMANN, 3, rue du Four (VI^e)
